



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

841057
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 7 / 0 4 / 2 2

6-Número da Guia Principal
9471685

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 7 / 0 1 / 2 2

3-Data de Emissão da Guia
1 7 / 0 1 / 2 2

1-Registro ANS
406414

Tranquilidade para você sorrir

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDILEIA RIBEIRO SOUZA			
16-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
23-Número no CRO 61320		24-UF SP		Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-25	
27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S	

13-Nome CLAUDILEIA RIBEIRO SOUZA		18-Data de Realização 18/01/22		41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura Claudileia	
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
16-Atendimento a RN N		35-Qtd 25		39-Aut	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9		33-Dente/Região 3 3 3 0 0		40-Data de Realização	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		34-Face		42-Assinatura	
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		36-Quantidade US		43-Data	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-0	1 0 1 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	3 3 3 0 0	0,10	0,10	S	18/01/22	
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 3 3 3 0 0		47-Valor Total R\$ 29,10		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--	-----------------------------	--	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/22		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/22		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 18/01/22		RICARDO FERRARESI CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	--	--